

SERVICIOS DE APOYO EN EL HOGAR

Lista de control de las responsabilidades del beneficiario/empleador

YO, _____, HE SIDO INFORMADO POR MI TRABAJADOR SOCIAL QUE COMO BENEFICIARIO/EMPLEADOR SOY RESPONSABLE DE LAS ACTIVIDADES QUE SE ENUMERAN A CONTINUACIÓN.

- 1) Proporcionar la documentación requerida a los trabajadores sociales para determinar la continuidad de la elegibilidad y la necesidad de servicios. La información a presentar incluye, entre otras cosas, modificaciones en los ingresos, la composición del hogar, el estado civil, la posesión de propiedades, el número de teléfono y el tiempo que me encuentro fuera del hogar.
- 2) Encontrar, contratar, capacitar, supervisar y despedir al proveedor que contrato.
- 3) Cumplir las leyes y las reglas relacionadas con los salarios, las horas, las condiciones de trabajo y la contratación de personas menores de 18 años.

NOTA: Consulte la Orden N.º 15 de la Comisión de Bienestar Industrial (*Industrial Welfare Commission, IWC*) relacionada con los salarios, las horas y las condiciones de trabajo que se puede obtener en el Departamento de Relaciones Industriales (*Department of Industrial Relations*) del estado, División de Cumplimiento de Normas de Trabajo (*Division of Labor Standards and Enforcement*) que figura en el directorio telefónico. Comuníquese con el distrito escolar local para obtener información adicional sobre la contratación de menores.

- 4) Verificar que el proveedor reside legalmente en los Estados Unidos. El proveedor y yo completamos el Formulario I-9. Conservaré este formulario durante el menos tres (3) años o durante un (1) año después de finalizado el empleo, el período que sea más extenso. Protegeré la información confidencial del proveedor, como el número de seguro social, la dirección y el número de teléfono.
- 5) Garantizar las normas de compensación, la planificación del trabajo y las condiciones de trabajo para el proveedor.
- 6) Informar al trabajador social cualquier modificación futura de los proveedores, incluido lo siguiente:
 - ___ nombre;
 - ___ dirección;
 - ___ número de teléfono;
 - ___ parentesco, si lo hay;
 - ___ horas que debe trabajar y servicios que debe prestar cada proveedor.
- 7) Informar al proveedor que el salario bruto por hora es \$ _____, y que los impuestos del Seguro de discapacidad del seguro social y del estado se deducen de los salarios del proveedor.
- 8) Informar al proveedor que puede solicitar que los impuestos federales o estatales sobre la renta se deduzcan de sus salarios. Ordenar al proveedor que presente el Formulario W-4 (para la retención de impuestos federales sobre los ingresos) o el Formulario DE 4 (para la retención de impuestos estatales sobre los ingresos).
- 9) Informar al proveedor que tiene beneficios de compensación por lesiones de trabajo, beneficios del Seguro de desempleo del estado y beneficios del Seguro de discapacidad del estado.
- 10) Informar al proveedor que recibirá una hoja informativa donde se indicarán los servicios autorizados y el tiempo autorizado que se determinan para prestar esos servicios. Informar al proveedor que no se le paga por el trabajo que realiza cuando me encuentro fuera del hogar (por ejemplo, en un hospital o de vacaciones).
- 11) Pagar mi parte del costo, si corresponde.
- 12) Verificar y firmar la planilla de control de horas del proveedor por cada período de pago, donde se indiquen correctamente los días y la cantidad total de horas trabajadas. Comprendo que se me pueden iniciar acciones penales según las leyes federales y estatales por dar información falsa o por ocultar información. Comprendo que, cuando se solicite, deberé colocar mi huella dactilar en la planilla de control de horas del proveedor para ratificar los días y las horas trabajadas. Esto será necesario para que el proveedor pueda recibir el pago.
- 13) Asegurarme de que el proveedor firme la planilla de control de horas.
- 14) Informar al proveedor que envíe por correo la planilla de control de horas a la dirección que corresponda al final de cada período de pago.

Firma del beneficiario

Fecha

Nombre en letra de imprenta

INSTRUCCIONES PARA EL USO DE LA LISTA DE CONTROL DE LAS RESPONSABILIDADES DEL BENEFICIARIO/EMPLEADOR

1. Este formulario se utiliza sólo para revisión con los beneficiarios que reciben servicios de proveedores individuales.
2. Los condados deben utilizar este formulario para asegurarse de que se hayan informado a los beneficiarios sus responsabilidades básicas como empleadores de proveedores de IHSS y que las hayan comprendido.
3. Revise cada punto con el beneficiario y explíquelo cómo puede cumplir cada requisito.
4. Deje una copia del formulario al beneficiario.